

*Utilice estas instrucciones en español y los facsímiles adjuntos escritos en español para que lo asistan a llenar los formularios escritos en inglés.*

## Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)

Por favor lea las instrucciones y la información en la páginas A-D, antes de completar los formularios adjuntos: No complete este formulario de solicitud de beneficios si Ud. está asegurado por un Plan de Seguro Voluntario de su empleador/patrón (Pídale al empleador/patrón los formularios apropiados).

El programa del Permiso Familiar Pagado (PFL) brinda beneficios al alcance de trabajadores y provistos de fondos por los mismos, a los trabajadores que reúnan los requisitos, y que hayan sufrido una pérdida total o parcial de sueldos debido a la necesidad de cuidado por un miembro de la familia seriamente enfermo(a) o para entablar lazos afectivos con un(a) nuevo(a) niño(a)

El Departamento del Desarrollo del Empleo del Estado de California (EDD) recibe fondos estatales y federales, es un empleador/patrón/programa de oportunidades equitativas y está cumpliendo con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y con la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA)

Si Ud. necesita este formulario en otro formato (por ejemplo, en Braille) o si Ud. no comprende la información en este formulario o en cualquier otro formulario proveído por las Oficinas del Permiso Familiar Pagado (PFL), llame al **1-877-379-3819**. Las personas sordas o con problemas del oído, pueden comunicarse con nosotros por medio del sistema TTY llamando al 1-800-563-2441. También se puede comunicar con el PFL en la Internet al [www.edd.cahwnet.gov/edmail.htm](http://www.edd.cahwnet.gov/edmail.htm).

### COMO COMPLETAR EL FORMULARIO, USE TINTA NEGRA:

Si Ud. usa máquina de escribir o imprime el formulario, ignore los cuadrados usando LETRAS MAYÚSCULAS como se muestra. No use comas, puntos ni guiones.

SU NOMBRE LEGAL		SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SU FECHA DE NACIMIENTO							
PRIMER NOMBRE	APELLIDO			M	M	D	D	A	A	A	A
J O H N	D S A M P L E	1 2 3	4 5 6 7 8 9	0 5	2 1	1 9	4 7				

Si Ud. COMPLETA A MANO ESTE FORMULARIO. ESCRIBA CADA LETRA COMO SE INDICA, NO USE COMAS, PUNTOS O GUIONES.

SU NOMBRE LEGAL		SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SU FECHA DE NACIMIENTO							
PRIMER NOMBRE	APELLIDO			M	M	D	D	A	A	A	A
J O H N	D S A M P L E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
				0	5	2	1	1	9	4	7

**CÓMO SOLICITAR BENEFICIOS.** El PFL suministra servicios principalmente por teléfono, correo y en persona. Usted no necesita presentar la solicitud personalmente. Usted tiene que:

1. **TODA CLASE DE SOLICITUD.**
  - a. Completar **TODAS** las preguntas en la **parte A** llamada en inglés "Statement of Claimant" y firmela. – Asegurese de que toda la información esté correcta y completa ya que errores podrán causar que se le devuelva su Solicitud lo que podrá demorar los pagos. **NOTA:** El Servicio de Correos de los Estados Unidos (USPS) no entregará la correspondencia (incluyendo cheques de beneficios) a un apartado postal privado (por ejemplo, un apartado postal privada que Ud. renta de una empresa comercial que no es el Servicios de Correos de los Estados Unidos (USPS) a menos de que sea precedido por las iniciales "PMB".
  - b. **Ud. debe de decidir cuidadosamente la fecha que desea que comience su Solicitud.** (Vea "Sus Beneficios Semanales" en la página B para información.)
  - c. Ingrese su Número de Seguro Social en **B1 y B4**, (aunque su solicitud no sea para entablar lazos afectivos) y en **D1 y D2**. Se necesita esta información en caso de que las hojas de su solicitud sean separadas durante la tramitación.
  - d. Si su incapacidad no le permite el completar el formulario de Solicitud, llame al 1-877-379-3819 para que le enviemos los formularios apropiados que le permitirán a usted designar un representante para que firme por usted.
  - e. Si Ud. es un agente autorizado(a) solicitando beneficios en nombre de la persona que suministra el cuidado o persona que está siendo cuidada que es físicamente incapacitado(a), mentalmente incapacitado(a) o en nombre del que suministró el cuidado ya falleció, llame al 1-800-480-3287 para recibir los formularios apropiados o intrucciones.
2. **SOLAMENTE PARA SOLICITUDES PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS.** Si el propósito de su Permiso Familiar Pagado es para entablar lazos afectivos con un(a) nuevo(a) niño(a) complete también la **parte B** llamada en inglés "Bonding Certification:" e incluya una copia de uno de los varios documentos que se necesitan para confirman su derecho a estos beneficios. **NO COMPLETE** la parte B si el propósito de su solicitud es para cuidar de un miembro de la familia que está seriamente enfermo(a).
3. **SOLAMENTE PARA SOLICITUDES PARA SUMINISTRAR CUIDADO**
  - a. Haga que la persona que está recibiendo el cuidado (la persona a quien Ud. está suministrando cuidado) lea y firme el documento llamado en inglés "Care Recipient's Authorization for Disclosure of Personal Health Information" en la página 2.
  - b. Haga que la persona que está recibiendo el cuidado complete y firme la **parte C**, llamada en inglés "Statement of Care Recipient" si la persona recibiendo cuidado es un menor de edad, o si física o mentalmente no está en condiciones de firmar esta parte, ésta puede ser firmada por un representante autorizado(a) de la persona que está siendo cuidada.
  - c. Pedir al Medico de la persona que está recibiendo el cuidado que complete y firme la **parte D** llamada en inglés "Doctors Certification". La certificación puede ser hecha por un médico cirujano con licencia, osteópata, quiropráctico, dentista, podiatrista, optometrista, sicólogo aprobado o un oficial médico en una institución del Gobierno de los Estados Unidos. Si la persona recibiendo cuidado está bajo el cuidado de un practicante religioso acreditado, otenga el documento llamado en inglés "Practitioner's Certificate for Paid Family Leave Benefits," DE 2502F, llamando al 1-800-480-3287 y pídale a él/ella que complete y firme tal formulario. (No se aceptan facsímiles de firma con sello).
4. **Coloque el (los) formulario(s) ya completado(s) y firmado(s) en el sobre que se adjunta. Para solicitudes para entablar lazos afectivos, incluya copia(s) de documentos que soporten su caso, si es apropiado. Envíe su Solicitud no antes de 9 días-pero no después de 49 días-después del primer día que comenzó su permiso familiar. Si su formulario de Solicitud de Beneficios llega tarde, es posible que pierda beneficios.**
5. **Conserve estas instrucciones y las páginas de información (de "A" a "D") para referirse a ellas en el futuro.**

**REQUISITOS BÁSICOS.** Se pagan beneficios PFL solamente cuando usted cumpla con **todos** los requisitos siguientes:

- Usted tiene que no poder hacer su trabajo regular o habitual por un período mínimo de 8 días debido a la necesidad de suministrar cuidado o entablar lazos afectivos.
- Usted tiene que estar emplead(a) o buscando empleo en forma activa en la fecha en que comenzó su permiso familiar.
- Usted tiene que haber sufrido pérdida de sueldos debido al cuidado de un miembro de la familia seriamente enfermo(a) o entablando lazos afectivos con un(una) niño(a) nuevo(a), o si está desempleado, haber buscado empleo de manera activa.
- Usted tiene que haber ganado por lo menos \$300 durante un período previo del cual se retiraron deducciones del SDI (véase "CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la columna siguiente).
- Usted tiene que completar y enviar la solicitud de beneficios dentro de los 49 días de la fecha del permiso familiar o puede perder beneficios.
- Los siguientes requisitos deberán de ser cumplidos solamente si su solicitud PFL es para cuidar a un familiar seriamente enfermo(a).
  - La persona recibiendo el cuidado deberá de ser su niño(a), padre/madre, esposo(a) o pareja doméstica registrada.
  - La persona recibiendo el cuidado deberá de estar continuamente bajo tratamiento médico o la supervisión de un médico con licencia o practicante religioso, durante el período que Ud. está recibiendo beneficios.
  - El médico que atiende al que está siendo cuidado tiene que completar la certificación y certificar que el paciente necesita ser cuidado. (Si la persona siendo cuidada está recibiendo tratamiento de un practicante religioso, pida el documento llamado en inglés "Practitioner's Certificate," DE 2502F a la Oficina PFL. Una certificación de un practicante religioso es aceptada solamente si el practicante religioso ha sido acreditado por el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD).
- Los siguientes requisitos deberán de ser cumplidos si su solicitud PFL es para entablar lazos afectivos con un(a) nuevo(a) niño(a):
  - El permiso familiar pagado para este propósito tiene que efectuarse dentro de 12 meses del nacimiento, adopción, o colocación del niño(a).
  - El nuevo niño(a) deberá de ser su hijo(a) biológico(a), adoptado(a), o hijo(a) de crianza suyo(a) o de la pareja doméstica registrada.

**NO TENER DERECHO A RECIBIR BENEFICIOS.** Usted puede solicitar beneficios aun si no está seguro de llenar los requisitos. Si se decide que usted no los reúne para todo o parte de un período solicitado, se le avisará sobre el mismo y la razón. Es posible que usted no reúna los requisitos para beneficios PFL si usted:

- está solicitando o recibiendo Seguro de Desempleo.
- está recibiendo beneficios de Compensación para Trabajadores con un valor semanal igual o mayor que el valor del PFL.
- está en la cárcel, prisión u hogar de recuperación porque fue convicto de un crimen.

**FRAUDE.** Según las Secciones 1143,2101,2116,2122, y 3305 del Código del Seguro de Desempleo de California, es un delito el intencionalmente hacer una declaración falsa u ocultar a sabiendas un hecho pertinente con el fin de obtener el pago de cualesquier beneficios; tal violación se castiga con encarcelamiento y/o una sanción que no exceda \$20,000 o ambas. Para identificar y desanimar fraude, el EDD continuamente vigila la forma en que se efectúan pagos de solicitudes de beneficios, investiga vigorosamente actividad sospechosa, y procura restitución y convicción a través de enjuiciamiento.

### SUS RESPONSABILIDADES.

- Presentar su solicitud de beneficios y otros formularios con tiempo y en forma completa y precisa. Si un formulario llega tarde, incluya una explicación por escrito de la(s) razón(es) con el formulario.
- Leer cuidadosamente las instrucciones de este formulario y de todos los que reciba del PFL. Si usted no está seguro sobre lo que se exige, comuníquese con la oficina del PFL.
- Reportar por escrito a la oficina del PFL cualquier:
  - cambio de dirección o número telefónico.
  - retorno al empleo de jornada completa o de media jornada.
  - terminación del cuidado o entablando lazos afectivos.
  - ingreso que Ud. reciba.
- **Incluya su nombre y número de Seguro Social en toda correspondencia.**

**SUS DERECHOS.** La información sobre su solicitud permanecerá confidencial, salvo con los propósitos permitidos por la ley. La Sección 1798.34 del Código de Derecho Civil de California le da el derecho de inspeccionar cualquier expediente personal sobre usted que el EDD mantenga. La Sección 1798.35 le permite solicitar que el expediente sea corregido si usted cree que no es exacto, relevante, oportuno o completo. Ciertas clases de información que por regla general, serían consideradas de tipo personal están exentas de revelarse a usted: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial al sujeto (Sección 1798.40 del Código de Derecho Civil ; expedientes de investigaciones activas, criminales o administrativas (Sección 1798.40 del Código de Derecho Civil ) Además, el EDD no suministrará información o copias de información médica de la persona que está siendo cuidada, a los proveedores. Si a usted se le niega el acceso a expedientes a los que cree tener derecho a inspeccionar o si se niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación a la oficina del PFL. Usted puede solicitar copia de su expediente, llamando al número de teléfono que aparece en su "Aviso de Computación" DE 429D. Asimismo, usted tiene el derecho de apelar cualquier desautorización, pago indebido de beneficios, o sanción. Se le darán instrucciones precisas sobre cómo apelar en relación a todo documento apelable que usted reciba.

**CANTIDADES DE BENEFICIOS.** Su solicitud comienza el día que comenzó su permiso familiar. El PFL le calcula su cantidad semanal usando su período reglamentario. La fecha del comienzo de su permiso familiar determina el período reglamentario de la solicitud. Si Ud. desea que su solicitud comience en otra fecha, para tener un período reglamentario diferente, favor de llamar al PFL al 1-877-379-3819.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos de tres meses cada uno. Su período reglamentario incluye los sueldos sujetos a impuestos del SDI que se le pagaron aproximadamente de 5 a 17 meses antes de que se iniciara su solicitud PFL. Su período reglamentario no incluye sueldos pagados al momento que su permiso familiar comienza. Para que una solicitud de beneficios PFL sea válida, usted debe tener por lo menos \$300 en sueldos en el período reglamentario. Usando lo siguiente, usted puede determinar el período reglamentario de su solicitud de beneficios:

- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en enero, febrero o marzo, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 30 de septiembre.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en abril, mayo, o junio, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 31 de diciembre.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en julio, agosto o septiembre, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 31 de marzo.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en octubre, noviembre o diciembre, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 30 de junio.

El trimestre de su período reglamentario en el cual a usted se le pagaron los sueldos más altos determina su **cantidad semanal de beneficios. Usted no puede cambiar tal fecha o ajustar su período reglamentario después de haber establecido una solicitud válida.**

- Su **cantidad diaria de beneficios** son sus beneficios semanales divididos entre siete. Su **suma total de beneficios** es 6 veces su cantidad semanal de beneficios o los sueldos totales sujetos a impuestos del SDI pagados en su período reglamentario, lo que sea menos.

Comuníquese con la oficina del PFL para preguntar y suministrar información adicional si su situación se asemeja a cualquiera de estas circunstancias: Si no hay suficientes sueldos del período reglamentario usted puede establecer una solicitud de beneficios válida usando una fecha posterior de inicio de la solicitud. Si no tiene suficientes sueldos del período reglamentario, y usted estaba buscando, de manera activa, trabajo por 60 días o más en cualquier trimestre del período reglamentario, usted puede sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores. Además, es posible que usted tenga derecho a sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores para hacer válida su solicitud de beneficios o para incrementar su cantidad de beneficios si durante su período reglamentario usted estaba en el servicio militar, recibió beneficios de Compensación para Trabajadores o no trabajó debido a una disputa laboral.

**CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS.** Al recibir su solicitud de beneficios, la oficina del PFL le notificará sobre su cantidad semanal de beneficios y pedirá información adicional necesaria para determinar su derecho a recibir beneficios. Si usted llena todos los requisitos, se le enviará por correo un cheque de una agencia central de pagos. La mayoría de las solicitudes de beneficios se tramitan y los pagos se emiten dentro de los 14 días de haberse recibido tanto la porción del solicitante como la del doctor. **Los primeros siete días de su solicitud de beneficios es un período de espera reglamentario durante el cual no se le pagan beneficios.**

Si usted reúne los requisitos para recibir más beneficios, los pagos adicionales se le enviarán automáticamente. A usted se le pagará 1/7 de su cantidad semanal de beneficios por cada día del calendario a menos que los beneficios sean reducidos por alguna razón (véase **“REDUCCIONES DE BENEFICIOS”** enseguida). Si usted recibe beneficios PFL en lugar de beneficios del Seguro de Desempleo, las cantidades pagadas serán reportadas a la Oficina de Impuestos Federales (IRS). Póngase en contacto con el IRS para información más específica sobre impuestos.

**REDUCCIONES DE BENEFICIOS.** Bajo ciertas circunstancias, es posible que usted no reúna los requisitos por períodos de su solicitud de beneficios o es posible que tenga derecho a pagos parciales solamente. El PFL determinará si los beneficios deben o no ser reducidos. Los tipos de ingresos indicados en la lista siguiente deben reportarse al PFL aunque no siempre afecten sus beneficios. El no reportar sus ingresos podría resultar en un pago indebido de beneficios, sanciones, y en desautorización de beneficios por declaración falsa.

- Pago por período de enfermedad
- Pago por vacaciones
- Ingreso de trabajo por cuenta propia
- Pago militar
- Comisiones
- Sueldos, incluyendo los de deberes modificados
- Residuos
- Ingreso de trabajo de media jornada
- Bonos
- Beneficios de Compensación para Trabajadores
- Pagos de convenios con compañía de seguros
- Pago por día de fiesta

Asimismo, sus beneficios pueden ser reducidos a causa de un pago indebido de beneficios anterior del Seguro de Desempleo, Seguro Estatal de Incapacidad o de PFL o por pagos atrasados de manutención de hijos por orden de la corte.

**INTERRUPCIÓN y TERMINACIÓN de BENEFICIOS.** Una “Notificación de Pago Final, Permiso Familiar Pagado” se emitirá cuando los expedientes indiquen que:

- A usted se le ha pagado hasta la fecha calculada por el médico de la persona recibiendo cuidado, que determina que la persona ya no necesitaría ser cuidada. Si la persona recibiendo cuidado aún necesita ser cuidada, pídale que complete y envíe por correo el formulario PFL llamado en inglés “Claimant’s Certification” y pídale al médico que atiende a la persona que está siendo cuidada, que complete y envíe la parte llamada en inglés “Physician’s Supplementary Certificate” (se adjunta con el formulario llamado en inglés “Notice of Final Payment”).
- La persona recibiendo cuidado se ha recuperado. Si usted regresa a trabajar y la persona recibiendo cuidado requiere de nuevo ser cuidada, inmediatamente presente una nueva solicitud de beneficios y reporte las fechas en las que trabajó.
- Usted ha recibido el máximo número de semanas de beneficios PFL (6 semanas en un periodo de 12 meses).

**PAGO INDEBIDO DE BENEFICIOS.** Un pago indebido de beneficios resulta cuando usted recibe beneficios PFL que no tenía derecho a recibir. Una vez que se identifica un pago indebido de beneficios, la oficina del PFL se comunicará con Ud. para explicarle la razón del pago indebido de beneficios. Es muy importante que usted complete y devuelva toda información requerida, porque hay ocasiones cuando un pago indebido de beneficios puede perdonarse. Si se determina que usted recibió beneficios que no debió recibir y el pago indebido de beneficios no puede perdonarse, usted deberá reembolsar este dinero. Cheques de beneficios emitidos después de un pago indebido de beneficios pueden reducirse de un 25 a un 100 por ciento para cobrar su pago indebido de beneficios. Usted recibirá una “Notificación para Anular Pagos Indebidos Utilizando Beneficios a los que Tenga Derecho el Solicitante” si una reducción es tomada ya sea por un pago indebido del SDI, PFL o del Seguro de Desempleo.

**DESAUTORIZACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS.** Toda información es considerada antes de pagar o desautorizar beneficios. Éstos solamente serán pagados por los días a los que usted tenga derecho. Si un pago de beneficios es negado o reducido, usted recibirá una notificación por escrito declarando la razón por la desautorización.

Se impone desautorización de beneficios por declaración falsa hasta de 92 días si usted deliberadamente reporta información incorrecta o usted intencionalmente omite u oculta información. Esto puede incluir cobrar un cheque de incapacidad que usted sabe incluye los días que a usted no se le deben pagar, tales como los días después de que usted volvió al trabajo. Además, cualquier pago indebido aumentará por una sanción del 30 por ciento.

#### **CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.**

Embarazo. Las madres que están recibiendo beneficios SDI debido a una incapacidad relacionada con embarazo y que ya han dado a luz a un hijo, podrán tener derecho a beneficios PFL para entablar lazos afectivos con el nuevo bebé. Un formulario llamado en inglés “A Claim for Paid Family Leave Benefits-New Mother” será enviado automáticamente a estas nuevas madres.

Preguntas sobre Manutención de Hijos o Cónyuge. Comuníquese con la oficina del Fiscal del Distrito que administra la orden de la corte.

Entrenamiento en el Empleo. Comuníquese con el Centro de Carreras (1-877-872-5627 ó al [www.service.locator.org](http://www.service.locator.org) para servicios disponibles en su área local.

Buscando Empleo. Comuníquese con la Oficina del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) para información y ayuda sobre oportunidades de empleo y beneficios del Seguro de Desempleo.

- Para inscribirse para trabajar, visite el sitio del EDD en Internet al [www.caljobs.ca.gov](http://www.caljobs.ca.gov).
- Para solicitar beneficios del Seguro de Desempleo via Internet, visite [www.edd.ca.gov/fleckaum.htm](http://www.edd.ca.gov/fleckaum.htm).

Muerte del Solicitante. Si muere la persona que recibe beneficios PFL, un heredero o representante legal debe reportar la muerte a la oficina local del PFL. Los beneficios son pagables hasta la fecha de la muerte.

Muerte de la Persona que Está Siendo Cuidada o del Hijo(a) con quien Ud. Está Entablando Lazos Afectivos. Si la persona que Ud. está cuidando o el (la) niño(a) con quien Ud. está entablando lazos afectivos se muere, reporte la muerte a la Oficina del PFL. Los beneficios son pagables hasta la fecha de la muerte.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El EDD exige que se revelen los números de Seguro Social de manera obligatoria para cumplir con el Código del Seguro de Desempleo de California, §§ 1253 y 2627; con el Código de Ordenamientos de California, título 22, §§ 1085, 1088 y 1326; con el Código de Ordenamientos Federales, título 20, parte 604; y con el Código de E.U., título 8, §§ 1621, 1641 y 1642.

LEY PORTÁTIL DE RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD. Esta ley Federal requiere de que nosotros obtengamos una autorización y firma por separado para que permitan al médico de la persona que está siendo cuidada a divulgar información médica acerca de su solicitud. El EDD compila información médica y de la salud conforme el Código Federal de Regulaciones (Título 45, parte 164)

ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. La ley estatal exige que se proporcione la información siguiente al recopilar información de individuos:

<b>Nombre de la Dependencia:</b> Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		<b>Título del Funcionario Responsable de Mantener la Información:</b> Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD	
<b>Persona para Establecer Contacto Local:</b> Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD		<b>Dirección y Número de Teléfono:</b> La dirección y número de teléfono de la Oficina del Permiso Familiar Pagado aparecen en el "Aviso de Computación", DE 429D, emitido al momento que se tomó la decisión con respecto a sus beneficios.	
<b>El Mantenimiento de la Información lo Autoriza:</b> Código del Seguro de Desempleo de California, Secciones 2601 a 3305. Código de Regulaciones de California, título 22, Secciones 2706-1, 2706-3, 2708-1, 2710-1.			
<b>Consecuencia de no proporcionar toda o parte de la información solicitada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El no brindar toda o alguna información puede causar la demora en emitir cheques de beneficios y puede ocasionar que se le nieguen beneficios a los que tiene derecho a recibir.</li> <li>Si usted deliberadamente hace una declaración o representación falsa o a sabiendas oculta un hecho pertinente para obtener o aumentar cualquier beneficio o pago, el EDD le desautorizará beneficios y/o servicios, y quizá inicie enjuiciamiento criminal contra usted.</li> </ul>			
<b>Propósito(s) principal(es) para el/los cual(es) se utiliza la información:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para determinar el derecho a recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado.</li> <li>Para resumirse y publicarse de manera de estadísticas para el uso e información de dependencias gubernamentales y el público. (Su nombre e identificación no aparecerán en publicaciones).</li> <li>Para utilizarse en la ubicación de personas buscadas por no brindar mantenimiento de hijos o conyugal.</li> <li>Para usarse por otras dependencias gubernamentales para determinar el derecho a servicios públicos sociales, según las provisiones del Código de Bienestar e Instituciones de California, división 9.</li> <li>Para utilizarse por el EDD para realizar sus responsabilidades según el Código del Seguro de Desempleo de California.</li> <li>Para intercambiarse en conformidad con la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California y la Sección 1798.24 del Código de Derecho de California, con otros departamentos y dependencias gubernamentales, tanto federales y estatales, que tienen que ver con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) la administración de un programa del seguro de desempleo;</li> <li>(2) la cobranza de impuestos que pueden usarse para financiar el seguro de desempleo o el de incapacidad;</li> <li>(3) el brindar compensación a personas desempleadas o desplazadas;</li> <li>(4) la investigación de violaciones de la ley laboral o alegaciones de discriminación ilegal en el empleo;</li> <li>(5) la audiencia de apelaciones de compensación para trabajadores;</li> <li>(6) cuando sea necesario para permitir que una dependencia estatal lleve a cabo sus responsabilidades obligatorias donde el uso al que se aplicará la información es compatible con el propósito para el que se recopiló; o</li> <li>(7) cuando lo ordene la ley estatal o federal. Las revelaciones, según la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California, se harán sólo en aquellos casos en los que fomenten la administración de los programas que el código ordena.</li> </ul> </li> <li>En conformidad con las Secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California: (1) La información puede revelarse al punto necesario para la administración de servicios públicos sociales, o al Director de Servicios Sociales o sus representantes.</li> <li>La información deberá revelarse a dependencias autorizadas en conformidad con las Secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California.</li> </ul>			

--

2501F12031

**PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS (PROVEEDOR DE CUIDADO O PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS)**

<b>A1. SU NO. DE SEGURO SOCIAL</b> <input type="text"/>	<b>A2. SU FECHA DE NACIMIENTO</b> M M D D A A A A <input type="text"/>	<b>A3. IDIOMA QUE UD. PREFIERE USAR</b> INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRIBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEGUIDA) <input type="text"/>
--	--	---

<b>A4. SU NOMBRE LEGAL</b> NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO <input type="text"/>	<b>A5. SU SEXO</b> HOMBRE MUJER <input type="text"/>
---	--

<b>A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO</b> <input type="text"/>	<b>A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, CON LOS QUE UD. HA TRABAJADO</b> <input type="text"/>
--	--

<b>A8. SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA EN UN APARTADO POSTAL PARTICULAR—NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL — TIENE QUE MOSTRAR EL NÚMERO EN EL ESPACIO DE "PMB#".)</b>			
CIUDAD	ESTADO/PROV.	ZONA POSTAL	PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

<b>A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN</b>	<b>DIRECCIÓN POSTAL</b>
CIUDAD	ESTADO/PROV. ZONA POSTAL NO. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR/PATRÓN

<b>A10. FECHA EN QUE UD. TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ</b> M M D D A A A A <input type="text"/>	<b>A11. FECHA EN QUE UD. QUIERE QUE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PFL COMIENCE</b> M M D D A A A A <input type="text"/>	<b>A12. FECHA EN QUE UD. REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR</b> M M D D A A A A <input type="text"/>	<b>A13. ¿TRABAJÓ O CONTINUARÁ UD. TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE PERMISO FAMILIAR PAGADO?</b> NO SÍ <input type="text"/>
--	--	--	--

<b>A14. ¿POR QUÉ REDUJO o REDUCIRÁ UD. SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR?</b> PARA CUIDAR A UN(A) FAMILIAR PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A) OTRO (EXPLIQUE) <input type="text"/>	<b>A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?</b> <input type="text"/>
--	--

<b>A16. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA A LA QUE UD. ESTÁ CUIDANDO (NOMBRE INICIAL APELLIDO) O CON QUIEN UD. ESTÁ ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS (PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS)</b> <input type="text"/>
---

<b>A17. LA PERSONA QUE ESTÁ RECIBIENDO EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS, MENCIONADA ARRIBA ES SU:</b>				
HIJO(A)	ESPOSO(A)	PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA	PADRE/MADRE	OTRO (EXPLIQUE)

<b>A18. ¿ESTÁ ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, DISPUESTO, EN CONDICIONES Y A LA DISPOSICIÓN PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERÍODO QUE UD. ESTÉ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL?</b> NO SÍ <input type="text"/>
---

<b>A19. ¿HA SOLICITADO O PLANEA UD. SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO BAJO ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS?</b> NO SÍ <input type="text"/>
---

<b>A20. ¿TIENE UD. MÁS DE UN EMPLEADOR?</b> NO SÍ <input type="text"/>
--

<b>A21. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINUÓ/CONTINUARON o CONTINUARÁN PAGÁNDOLE A UD. DURANTE SU PERMISO FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO:</b> ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (EXPLIQUE) <input type="text"/>
--

<b>A22. ¿PODEMOS REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)?</b> NO SÍ <input type="text"/>
--

<b>A23. EN CUALQUIER MOMENTO, DURANTE SU PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) ¿ESTUVO UD. BAJO LA CUSTODIA DE LAS AUTORIDADES A CARGO DE HACER CUMPLIR LAS LEYES, PORQUE A UD. SE LE CONDENÓ POR VIOLAR UNA LEY O</b>	NO	SÍ
--	----	----

**A24. Declaración y Firma.** Por medio de mi firma en esta declaración de solicitud de beneficios, Yo (1) solicito beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado (PFL), y certifico que a lo largo del período cubierto por esta solicitud de beneficios, estaba proporcionando cuidado a o entablado lazos afectivos con la persona que recibió dicho cuidado, mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud de beneficios, a la persona que reciba el cuidado y al médico a cargo del tratamiento de la persona que recibe el cuidado, según se indican respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esta solicitud de beneficios; (3) autorizo a mi(s) empleador(es) a que divulgue(n) al EDD todos los datos pertinentes a mi empleo, según se los permita su conocimiento; y (4) autorizo la revelación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designada como "Recopilación y Acceso a Información". Entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente o el ocultar un dato relevante, a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación de la ley de California, que se castiga con encarcelamiento o con una multa, o con ambas cosas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualesquier declaraciones que le acompañen, a mi leal saber y creencia es verdadera, correcta y completa. Acepto que las fotocopias de esta autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se otorguen por un período de quince años, a partir de la fecha de mi firma o la fecha vigente de la solicitud de beneficios, lo que sea posterior.

Firma del Solicitante de Beneficios (NO USE LETRA DE MOLDE)	Si la firma se hace con una marca (X), por favor, ponga la marca aquí.*	Fecha en que se firme MM DD AAAA <input type="text"/>
---	---	--

*Si su firma se hace con una marca (X), dos testigos tienen que certificarla con sus direcciones Firma y Dirección del/de la Primer(a) Testigo	Firma y Dirección del/de la Segundo(a) Testigo
---	--

## **AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO**

Yo autorizo a mi médico, o a la persona que ejerce la medicina, según se identifica en la Parte D de esta solicitud de beneficios, a que revele mi información médica o personal actual a mi proveedor(a) de cuidado, según se identifica en la Parte A de esta solicitud de beneficios, y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) de California.

Yo entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición actual, la fecha en que comenzó, así como un cálculo de la cantidad de cuidado que requiero de mi proveedor(a) de cuidado, como resultado de mi condición actual. Además, entiendo que la revelación de mi información médica o personal podría incluir mi situación con respecto al SIDA/VIH, drogadicción o alcoholismo o a cualquier otra condición física o mental.

Yo entiendo que es posible que el EDD revele esta información, según lo autorice el Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), y que dicha información revelada de nuevo posiblemente ya no esté protegida más. Acepto que las fotocopias del formulario de autorización, conjuntamente con mi firma en la Parte C, del Inciso 6, en la Página 3, de deberán ser tan válidas como la original.

Yo entiendo que, a menos que yo le informe al EDD, por escrito, al P.O. Box 997017, Sacramento, CA 95799-7017, que yo deseo revocar esta autorización, ésta será válida durante 10 años, a partir de la fecha en que el EDD la reciba, o la fecha vigente de esta solicitud de beneficios, lo que sea posterior. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de un formulario de autorización del EDD, si solicito una, por escrito.

Yo hago esta autorización, para sustentar la solicitud de beneficios de mi proveedor(a) de cuidado, para recibir beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado. Yo entiendo que no puedo revocar mi autorización, para evitar un enjuiciamiento, o para evitar la recuperación de dineros del EDD, a los que tenga derecho legalmente.

***NO PODEMOS TRAMITAR ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS, A MENOS QUE UD. FIRME, TANTO ESTA PÁGINA, COMO LA PARTE C, DEL INCISO C6, EN LA PÁGINA 3.***

Nombre de la persona que recibe el cuidado  
(Escriba su nombre con letra de molde)

Fecha en que se firme

Firma de la persona que recibe el cuidado  
(Firme su nombre)

**PARTE B – CERTIFICACIÓN PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS** (PARA QUE LO COMPLETE LA PERSONA QUE SOLICITE BENEFICIOS DEL PFL, PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A))

<b>B1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>B2. FECHA DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL O ADOPCIÓN</b> M M D D A A A A	<b>B3. EL/LA NIÑO(A) MENCIONADO(A) EN B8 ES MI</b> HIJO(A) HIJO(A) DE HIJO(A) BIOLÓGICO(A) HIJASTRO(A) CRIANZA ADOPTIVO(A) OTRO(A)
---------------------------------------	---	--

<b>B4. SU APELLIDO LEGAL</b> (NECESARIO EN CASO DE QUE LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS SE SEPAREN)	<b>B5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL/DE LA NIÑO(A)</b> (SI ESTÁ DISPONIBLE)	<b>B6. FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A)</b> M M D D A A A A	<b>B7. SEXO DEL/DE LA NIÑO(A)</b> HOMBRE MUJER
--	---	---	---

<b>B8. NOMBRE LEGAL DEL/DE LA NIÑO(A)</b> (NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO)
---

<b>B9. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL/DE LA NIÑO(A)</b> (SI ES DIFERENTE DE LA DEL/DE LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS)
---

<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO/PROV.</b>	<b>ZONA POSTAL</b>	<b>PAÍS</b> (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)
---------------	---------------------	--------------------	--

**B10. COMO PRUEBA DE LA RELACIÓN EN B3, MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES, Y ADJUNTE UNA COPIA DEL DOCUMENTO MARCADO.**

(NO ENVÍE DOCUMENTOS LEGALES. NO SE DEVOLVERÁN.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A)                           | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE COLOCACIÓN, AD-907  |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO AL DAR DE ALTA AL/A LA NIÑO(A) DEL HOSPITAL           | <input type="checkbox"/> PASAPORTE DEL/DE LA NIÑO(A), MOSTRANDO EL SELLO DEL SERVICIO DE INMIGRACIÓN Y NATURALIZACIÓN I-551 |
| <input type="checkbox"/> DECLARACIÓN DE PATERNIDAD, CS-909                              | <input type="checkbox"/> ACUERDO DE COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN INDEPENDIENTE, AD-924  |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL, SOC-815 | <input type="checkbox"/> OTRO   |

**B11. Declaración y Firma.** Por medio de mi firma en esta certificación para entablar lazos afectivos, yo autorizo al proveedor médico, agencia de adopciones, parte(s) en la adopción o a la agencia de colocación en cuidado de crianza temporal, para que revelen al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) todos los datos referentes al nacimiento, adopción, o a la colocación en cuidado de crianza temporal, del/de la niño(a) mencionado(a) anteriormente. Yo entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente, o el ocultar un dato relevante, a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación de la ley de California, que se castiga con encarcelamiento o con una multa, o con ambas cosas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualesquier declaraciones que le acompañen, a mi leal saber y creencia es verdadera, correcta y completa. Acepto que las fotocopias de esta autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se otorgan durante un período de quince años, a partir de la fecha de mi firma, o la fecha vigente de la solicitud de beneficios, lo que sea posterior.

Firma Original del/de la Solicitante para Entablar Lazos Afectivos – UN SELLO NO ES ACEPTABLE

Fecha en que se firme  
(MM|DD|AAAA)

**PARTE C – DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO**

(EL/LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS PUEDE COMPLETARLA, SI LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO ESTÁ INCAPACITADA MENTAL O FÍSICAMENTE PARA HACERLO. TIENE QUE FIRMARLA LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO/A.)

<b>C1. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO</b> M M D D A A A A	<b>C2. NO. DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO</b>	<b>C3. SEXO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO</b> HOMBRE MUJER
---	--	---

<b>C4. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO</b> (NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO)
---

<b>C5. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO</b>
---

<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO/PROV.</b>	<b>ZONA POSTAL</b>	<b>PAÍS</b> (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)
---------------	---------------------	--------------------	--

**C6. CONFIRMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN MÉDICA.** Yo he leído y firmado la Autorización para la Revelación de Información Médica o Personal de la Persona que Recibe el Cuidado, en la página 2 de esta solicitud de beneficios. Yo entiendo que al firmarla, he aceptado todas las disposiciones y términos. Además, entiendo que las copias de mi firma enseguida son tan válidas como la original.

Firma de la Persona que Recibe el Cuidado (NO ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

Fecha en que se firme (MM|DD|AAA

**C7. Representante Autorizado(a)** que firma en nombre de la persona que recibe el cuidado tiene que completar lo siguiente: Yo, \_\_\_\_\_, represento a la persona que recibe el cuidado, o para entablar lazos afectivos en este asunto, según lo autoriza  el derecho de padres  el poder legal (adjunte copia)  la orden de un tribunal (adjunte copia) (Para un/a cónyuge o pareja doméstica, comuníquese al EDD.)

Firma del/de la Representante Autorizado(a) (NO ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

Fecha en que se firme (MM|DD|AAAA)